

BAUMOL REVISITADO
QUE FUTURO PARA O PESO DO SECTOR DA SAÚDE EM PORTUGAL? *

João Tovar Jalles [†]
João Cotter Salvado [‡]

Julho 2008

Abstract

A “Doença de Baumol” refere que o baixo crescimento da produtividade no sector da saúde e a uniformidade dos salários da economia como um todo, fazem com que os custos neste sector, dito “estagnado”, sejam inevitavelmente crescentes o longo do tempo. Este facto coloca uma pressão real acrescida na sustentabilidade dos Orçamentos de Estado na generalidade dos países desenvolvidos, que é difícil de resolver e para o qual se torna urgente desenvolver métodos de análise e solução eficazes. Concretamente, partindo de hipóteses cruciais, a fracção de despesa pública em saúde em Portugal, poderá atingir 9,5% do PIB já em 2010 e 20,9% do mesmo em 2030. Dado que não se põe a hipótese de conter custos baixando a qualidade dos cuidados médicos proporcionados pelo sector público, os dois caminhos mais plausíveis no curto prazo, são aumentar a eficiência ou incrementar o financiamento e provisão pelo sector privado e outras instituições de cariz social.

JEL codes: I10, I18, I19, H51, O33

KEYWORDS: *Doença de Baumol, Sectores Estagnados, Produtividade do Trabalho, Custos da Saúde*

* Gostaríamos de agradecer aos nossos colegas da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa pelos seus comentários e apreciações críticas, em particular ao Prof. Pedro Pita Barros, à Prof. M^a Carmo Seabra, à Dra. Filipa Aragão e aos vários participantes do Workshop - Economia da Saúde 2006 realizado nesta instituição. Uma palavra de apreciação vai para o Prof. William Baumol, New York University, que nos respondeu a questões e sugeriu orientações aquando a realização de uma primeira versão do presente artigo. As conclusões e eventuais erros do presente artigo são da exclusiva responsabilidade dos autores.

[†] Faculty of Economics and Politics, University of Cambridge • Email: j.jalles@fe.unl.pt

[‡] Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa • Email: jcotter@fe.unl.pt

1. INTRODUÇÃO

O Sector da Saúde (ou da prestação de cuidados médicos) comporta várias características que o distinguem de todas as outras áreas de actividade. Entre outros, salientam-se o facto de possuir uma forte componente de juízos éticos, de incerteza e externalidades ou ineficiências económicas. O Sector da Saúde é, conseqüentemente, uma área muito complexa que requer análises e metodologias profundas e próprias pela componente económica de destaque que tem vindo a ocupar nos últimos anos. A necessidade de melhorar os seus mecanismos de funcionamento é um objectivo cada vez mais relevante, que ganha ênfase na vertente de atingir maior eficiência económica e na adopção de políticas de contenção de custos com os cuidados de saúde e conseqüente melhor utilização de recursos escassos. Verificamos, como princípio, que em quase todos os países o direito à saúde é hoje uma conquista indiscutível. Acontece que, não obstante todos os progressos tecnológicos reais que tiveram lugar neste campo essencial, são várias as causas do enorme incremento dos dispêndios individuais e estatais com a saúde. Se, por um lado, aumentou o consumo, por outro, não subiu menos o seu custo.

É exactamente sobre questões de eficiência e despesa no sector da saúde que trataremos neste artigo, pois continua a haver necessidade de uma clarificação e tentativa de solução do problema relacionado com o crescimento progressivo dos custos neste sector, com especial atenção à realidade portuguesa. Neste sentido iremos recorrer ao recém lançado relatório da OCDE a 26 de Junho (OCDE 2008) e que salienta o facto de Portugal ser o sexto país, de entre os 30 que integram a OCDE que consagra a maior fatia da riqueza anualmente afecta a despesa de saúde (pública e privada).

Segundo o relatório de Primavera de 2008, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), as reformas previstas pelos executivos nos últimos dez anos tiveram um impacto muito diminuto. Pereira *et al.* (1997) argumentaram que pouca alteração se registou no sistema de saúde português desde os anos 80. O que se manteve foi o buraco orçamental que não parou de crescer. Segundo o relatório da OCDE 2008, 10,2% do PIB português destina-se a pagar cuidados de saúde, o que coloca o país bem acima da média dos países desenvolvidos, de 8,9%. Já no que respeita aos valores absolutos em níveis para os gastos *per capita*, Portugal apresenta-se numa melhor posição do ranking da OCDE. Cada português despende em média 1359 euros - ao câmbio actual - em saúde, valor idêntico ao pago por espanhóis e gregos, que compara com uma média global de 1810 euros, e que fica bem longe dos 4304 euros gastos por norte-americanos ou dos 509 euros despendidos por mexicanos.

O sector da saúde é, deste modo, fonte de preocupação alargada entre entendidos. Dados recolhidos para Portugal e para outros países industrializados mostram que este sector registou um crescimento sustentado real dos seus custos, representando uma proporção crescente do rendimento nacional. Este padrão parece pôr os serviços vitais que eles fornecem além do alcance quer de indivíduos quer do estado garantia. A causa principal deste persistente aumento real dos custos é o fraco crescimento da produtividade relativamente a outros sectores económicos. O peso da componente trabalho deste serviço é difícil de diminuir, devido principalmente à resistência inerente deste sector à estandardização e pelo facto da qualidade estar correlacionada com o montante de trabalho usado na produção.

Há dois argumentos para suportar esta tese. Primeiro, contrariamente a outros sectores económicos, em medicina o progresso não se traduziu em aumentos de produtividade, i.e., não temos aumento da produção utilizando-se menor quantidade de factores de produção. O progresso tecnológico em medicina toma, usualmente, forma na criação de novos produtos, normalmente mais dispendiosos numa primeira fase. Em segundo lugar, uma quantidade limite de *inputs* usada na produção de bens, cuja produtividade está a crescer relativamente rápido, pode ser transferida para a produção dos “sectores estagnados” (intensivos em trabalho). Logo, o crescimento da produtividade permitiria mesmo assim a expansão do output progressivo, apesar do declínio limitado nos seus inputs, enquanto o output dos “sectores estagnados” cresceriam porque mais recursos estariam afectos à sua produção. Uma abundância crescente de serviços seria garantida à sociedade como um todo. Adicionalmente, o serviço em questão é fornecido grandemente pelos governos ou estado. A solução proposta requereria um grande aumento do seu peso no PIB, com conseqüências ao nível da eficiência económica e institucional. À medida que os limites na capacidade de tratamento vão aumentando, o

mesmo se regista na fracção dos recursos que é desviado de outras áreas económico-sociais para o sector dos cuidados de saúde.

O problema está no funcionamento e eficiência do mercado de saúde e, claro, nos seus efeitos em termos de equidade. Aceitando o princípio que os consumidores são os melhores juízes do seu bem-estar, então temos que as características de eficiência que definem mercados competitivos, tornam possível a adopção de tecnologia igualmente eficiente. É sobre este aspecto que focaremos a nossa análise, ou seja, na chamada “Doença de Baumol”.

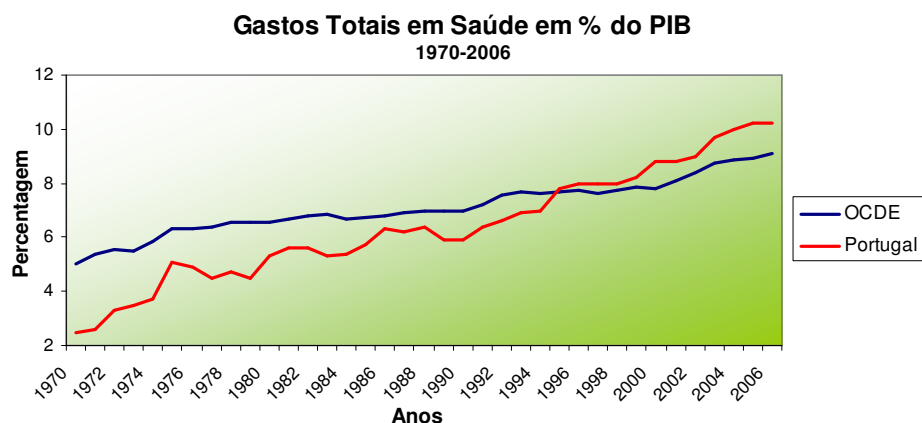
O artigo está organizado da seguinte forma. Na Secção 2 procuramos descrever de forma objectiva, sucinta e generalista a evolução do sector da saúde em Portugal em comparação com o conjunto dos países da OCDE no que respeita a crescimento da despesa total e pública em Saúde não só em níveis como também em taxas de crescimento em relação a agregados como o PIB, entre outras medidas de relevo. Na Secção 3 definiremos em mais detalhe o problema teórico da Doença de Baumol, suas causas e consequências, procurando, através de algumas simulações, antecipar efeitos prospectivos para o caso português, em particular. Para o efeito, reproduziremos a análise realizada por Baumol (1993), procurando justificar à luz dos novos dados e estatísticas a manutenção (ou não) desta “Doença de Custos”. Para isso, variáveis como produtividade, inflação e níveis de preços, entre outras, serão combinadas para uma compreensão mais alargada do assunto em causa. Na Secção 4 são analisadas algumas visões alternativas do problema em análise, resultantes de factores como erros de medição, e procura-se ainda apresentar alguma da controvérsia existente na literatura entre os autores que suportam a tese da “Doença de Custos” e aqueles que a refutam categoricamente. Finalmente, concluiremos o artigo com a apresentação de alguns problemas adicionais e visões/soluções alternativas, quanto à questão da “Doença de Baumol” e seu impacto no crescimento económico dos países. Serão ainda sumariados os principais resultados, assim como os pontos de reflexão mais relevantes, ainda por considerar e resolver.

2. A CRISE DE CUSTOS NO SECTOR DA SAÚDE - DIAGNÓSTICO

A explosão de custos com cuidados de saúde é hoje em dia uma questão de grande debate e preocupação, não só em Portugal como nos demais países desenvolvidos. Observa-se que o custo *per capita* (ou custo como fracção do rendimento médio) dos cuidados de saúde em muitos países industrializados aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Os problemas que a sociedade experimenta em virtude do aumento dos custos neste sector, não decorrem primeiramente dos seus níveis numa data particular, mas sim das suas taxas de crescimento. Mas o que torna o problema tão sério é o facto destes custos que eram elevados ontem, hoje são ainda maiores e serão ainda superiores no futuro (remetemos para a Secção 3). Ressalte-se que não nos estamos a referir a inflação de preços, mas àquilo que os economistas designam por aumentos reais de preço, i.e., aumentos do preço acima da taxa geral de inflação da economia.

Pode dizer-se que o Sector da Saúde nos países da OCDE passou por duas fases distintas desde o final da segunda guerra mundial até esta parte. A primeira foi de expansão acelerada e durou até início dos anos 70, enquanto a segunda fase perdura até hoje e tem sido alvo de crises (maior volatilidade), com dificuldades de financiamento e uma referência constante à necessidade de controlar custos. A *Figura 1* exhibe a série temporal desde 1970 do crescimento das despesas em saúde como percentagem do PIB, comparando Portugal com a média dos países da OCDE.⁴ Verifica-se uma evolução crescente da série com uma aceleração a partir do início da década de 90 para Portugal, tendo mesmo ultrapassado a média da OCDE em 1995.

Figura 1

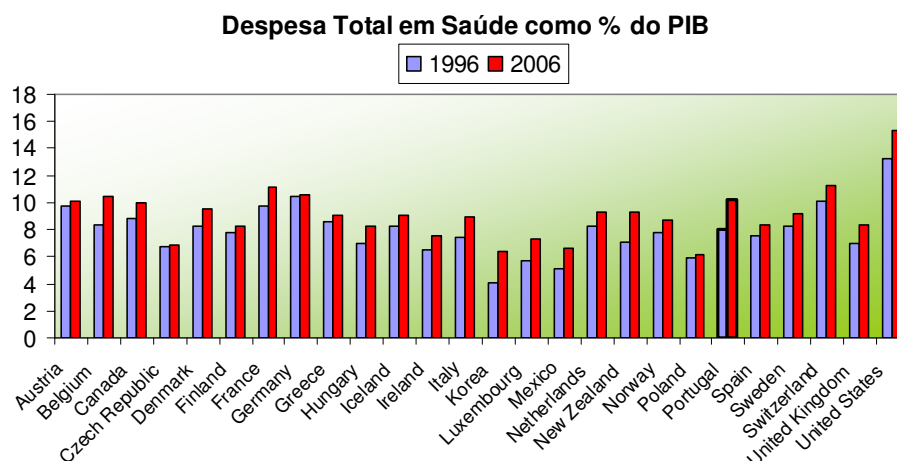


Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

Em 2006, os países da OCDE consagraram, em média, 9,1% do seu PIB às despesas com a saúde, acima de 7,1% em 1990 e bastante mais que os 5% em 1970. No entanto, a proporção do PIB consagrada às despesas com saúde varia consideravelmente entre países, indo de 15,3% nos Estados Unidos a menos de 6,8% na República Checa e na Coreia. A Suíça, a França, a Alemanha e Portugal, que gastaram respectivamente 11,3%, 11,1%, 10,6% e 10,2%, do seu PIB com saúde, acompanham os Estados Unidos no tocante aos maiores gastos em saúde em percentagem do PIB em 2006 – ver *Figura 2*.

⁴ Regredindo a variável dependente “Despesas em Saúde” com respeito ao tempo, para o período de 1975 a 2002, obtivemos um coeficiente positivo de 0,17 estatisticamente significativo para os níveis de confiança habituais.

Figura 2

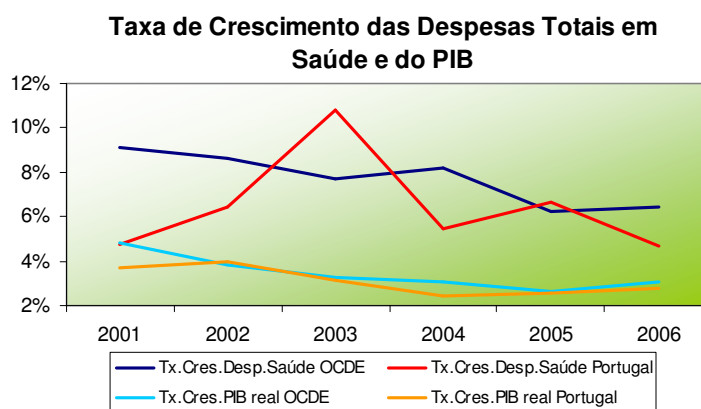


Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

Nota: "Barras verticais" correspondentes a Portugal rodeadas a negro.

De facto, os países da OCDE tiveram um ganho em termos de longevidade impressionante nas últimas décadas. No entanto, e como já demonstrado, os custos com a saúde também aumentaram ao longo do tempo e, na maioria dos países, as despesas em saúde, aumentaram a um ritmo mais rápido que os níveis de crescimento económico nacional e global. Tomando a *Figura 3* como ilustrativa, observa-se para o período 2001-2006 que as taxas de crescimento real tanto do conjunto da OCDE como de Portugal (a rondar os 3%) se encontram muito abaixo das verificadas para os agregados de saúde. Apesar da evidência menos positiva da *Figura 2*, constata-se ainda que a taxa real de crescimento das despesas totais tem vindo a desacelerar consideravelmente em Portugal depois do pico de 2003 (e de forma superior ao conjunto da OCDE, que releva tendências para uma ligeira subida em 2006). É de salientar que a taxa de crescimento média na Islândia para o período 2001-2006 foi negativa, de -0,1%, tratando-se do único país da OCDE que conseguiu cortes efectivos no agregado da despesa em cuidados de saúde.

Figura 3



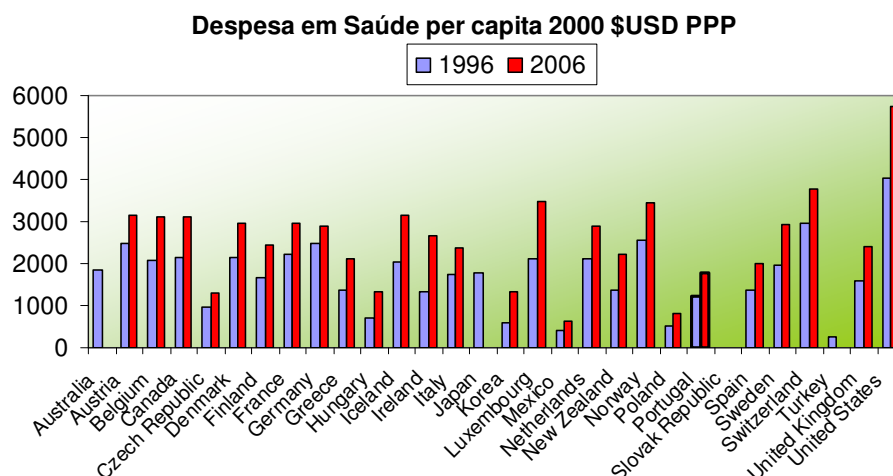
Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

Nota: série das Despesas Totais em Saúde em níveis PPP internacional \$USD; série do PIB real preços constantes de 2000

O aumento dos gastos em saúde pode ser atribuído a vários factores, extensivamente discutidos na literatura. De modo geral, os países da OCDE com PIB *per capita* mais elevado, têm tendência a gastar mais dinheiro por habitante em saúde (ver *Figura 4*). Focando-nos nesta variável, Portugal aparece melhor colocado já que, apesar de um crescimento entre 1996 e 2006 do nível de

despesa *per capita*, apresenta níveis globais inferiores ao resto da amostra de países. Regredindo a despesa total em saúde *per capita* em relação ao PIB per capita obtém-se um coeficiente de elasticidade 1,26% para o ano de 2002, considerando o conjunto de países da OCDE (Barros, 2005).

Figura 4

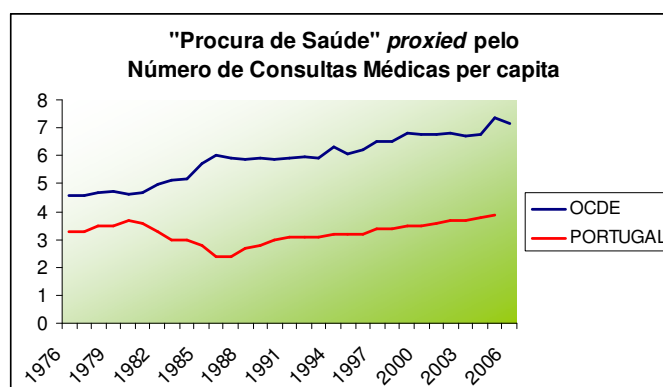


Fonte: OCDE Health Data 2008

Nota: “Barras verticais” correspondentes a Portugal rodeadas a negrito.

O consumo de cuidados de saúde conhece hoje níveis muito elevados, sobretudo devido a três razões (Barros, 2005). Primeiro a extraordinária longevidade actual da população; em segundo lugar, a responsabilidade (e responsabilização) sistemática e, quase total, do Estado e, por último, os contemporâneos receios da doença e medo da morte. Na realidade assistiu-se a um crescimento da procura e consumo de cuidados de saúde⁵, com pressões ao nível da qualidade, exigindo-se novas reformas e políticas no sentido de contenção dos elevados custos que têm tido crescimentos nunca antes vistos e dificuldade em serem financiados, desde há uns anos até esta data. Apesar de uma evolução crescente mais pronunciada a partir de finais da década de 80, Portugal mantém ainda algum distanciamento comparativamente ao conjunto dos países da OCDE, ao nível de 4 consultas *per capita* contra as cerca de 7 da OCDE – ver Figura 5.

Figura 5



Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

⁵ Alternativamente poder-se-ia ter utilizado como “proxy” da procura de cuidados médicos, as seguintes medidas igualmente válidas: taxa de ocupação de camas em hospital, número de intervenções cirúrgicas ou número de exames complementares ao diagnóstico. Esta escolha não altera as conclusões finais que aqui enunciamos.

No que respeita ao primeiro factor, no último século, a duração média da vida quase duplicou no grupo de países em que nos inserimos ao mesmo tempo que hoje a mortalidade infantil e juvenil reduziu-se de forma incrível (a mortalidade infantil passou de cerca de 36 mortes por cada 1000 nascimentos em 1960 para cerca de 5 em 2006, no conjunto dos países da OCDE). Estes factos conduzem ao grande aumento do número de idosos e assim ao florescer de um novo, vasto e oneroso grupo de patologias que são as doenças relacionadas com o envelhecimento, com consequentes impactos financeiros. De facto, o envelhecimento da população é um dos factores mais citados para explicar o aumento das despesas em saúde. Para ter uma ideia da magnitude desta componente, aplicámos a técnica de Newhouse (1992) aos países da OCDE durante a década de 90 e estimámos os resultados. O aumento médio das despesas atribuível ao envelhecimento da população é cerca de 1,3%. Este valor deve ser comparado com um aumento de 40% nas despesas reais *per capita*. Note-se que estes valores tomavam, na década de 80, uma magnitude de 2,4% e 34%, respectivamente para o aumento médio das despesas atribuível ao envelhecimento e às despesas reais *per capita*. Estes resultados são corroborados num estudo recente da OCDE que estima o contributo das principais determinantes para o crescimento da despesa pública com saúde no período 1970-2002 (OCDE, 2006). Por outro lado, os factores “residuais”, normalmente associados à inovação tecnológica, ao efeito preço (Baumol), e à eficácia das políticas de saúde, apresentam grande peso na explicação do crescimento da despesa e superior à média da OCDE (*Tabela 1*). É sobre este aspecto que iremos desenvolver mais detalhadamente na Secção 3.

Tabela 1

	Crescimento (%) dos gastos públicos com saúde	Decomposição do crescimento da despesa, em três efeitos (1970-2002)		
	<i>Per capita</i>	Envelhecimento	Rendimento	Resíduo
Portugal	8,0	0,5	2,9	4,4
Média OCDE	4,3	0,4	2,5	1,5

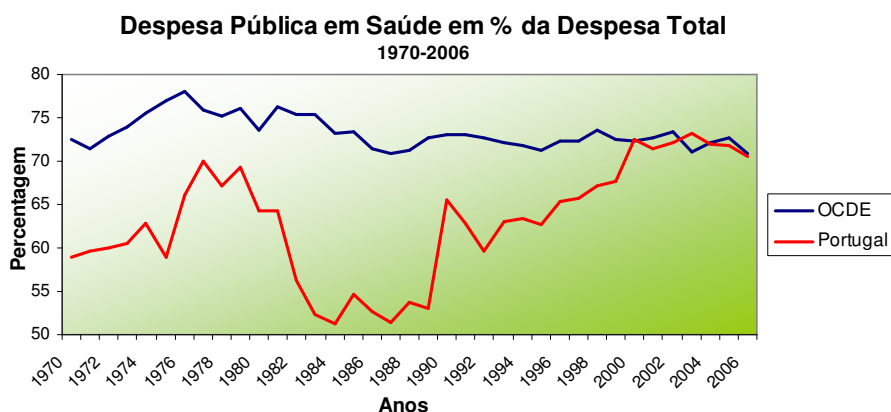
Fonte: OCDE 2006

Nota: as diferenças entre o total e a soma das três parcelas resultam de arredondamentos

Relativamente ao segundo factor, o suporte estatal da generalidade dos gastos com a saúde para largos extractos da sociedade (para alguns grupos garante mesmo a gratuidade total), origina abusos manifestos para a satisfação dos doentes mais exigentes (consultas, meios complementares de diagnóstico, “tratamentos” farmacológicos⁶) e/ou que “não se querem curar” (baixas por doença, reformas por invalidez). A responsabilidade governamental também se alargou devido, por um lado, à acentuação de doenças relacionadas com o envelhecimento designadamente oncológicas, diabetes, neurológicas e psiquiátricas entre outras e, por outro lado, devido à preocupação que ainda constituem as doenças transmissíveis como a poliomielite, sarampo, gripe e HIV/SIDA. A *Figura 6* mostra que, de facto, a maioria dos governos na OCDE reduziu a percentagem do sector público nas despesas de saúde. As maiores reduções foram em países com Sistemas Nacionais de Saúde, apesar de Portugal só ter invertido a tendência crescente iniciada nos anos 80, no virar do século. Como nestes países a percentagem do PIB gasta em saúde aumentou, temos obviamente que se deu uma expansão significativa do financiamento privado. Em alguns países como o Reino-Unido e o Canadá, o recente aumento das despesas públicas de saúde reflectiram as políticas deliberadamente destinadas a aliviar as pressões da procura, decorrente da contenção de gastos nos meados dos anos 90.

⁶ O rápido aumento das despesas com medicamentos nos últimos anos – mais de 5 por cento de crescimento anual, em média, desde 1997 – foi um factor importante no aumento global das despesas totais de saúde. De facto, na maioria dos países da OCDE, o aumento das despesas farmacêuticas ultrapassou o aumento verificado no total das despesas de saúde nesse período. Nos Estados-Unidos e na Austrália, as despesas farmacêuticas aumentaram em mais do dobro da taxa de crescimento das despesas de saúde totais nesse período.

Figura 6

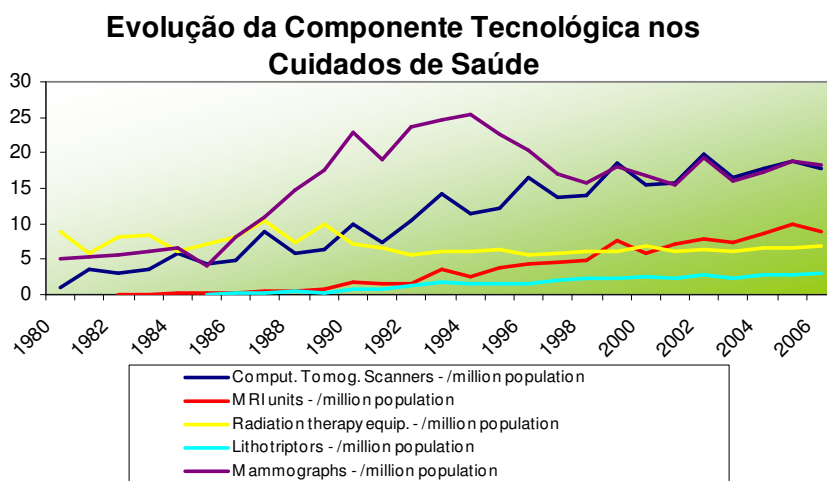


Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

O coeficiente de correlação entre as mudanças nas despesas públicas em saúde como percentagem das despesas totais em saúde por um lado e como percentagem das despesas públicas totais por outro é 0,81, um valor estatisticamente significativo. Tal facto confirma a ideia de que decréscimos da importância do sector público no campo da saúde se devem mais a alterações de prioridades orçamentais do que a uma redução do papel do sector público na economia em geral. O aparente insucesso de “desgovernamentalização” (Lucena *et al.*, 1995) em conter a escalada dos custos não é necessariamente razão para pessimismo.

Analisando agora com maior detalhe os chamados factores “residuais” atrás referidos, o custo da saúde cresceu um pouco também pelos motivos já discutidos, mas sobretudo devido ao desenvolvimento científico e tecnológico reflectido num aparecimento constante de novos produtos cada vez mais sofisticados e obviamente mais dispendiosos. A Figura 7 mostra uma evolução genericamente positiva, mas suave, para as cinco tecnologias escolhidas. De salientar que os Scanners Tomográficos e as Unidades de Ressonância Magnética são as que registaram maior crescimento representando mais de 15 equipamentos por um milhão de pessoas. Este facto somado à não redução do número total de funcionários dos serviços médicos, acarreta aumentos de custos de ano para ano.

Figura 7

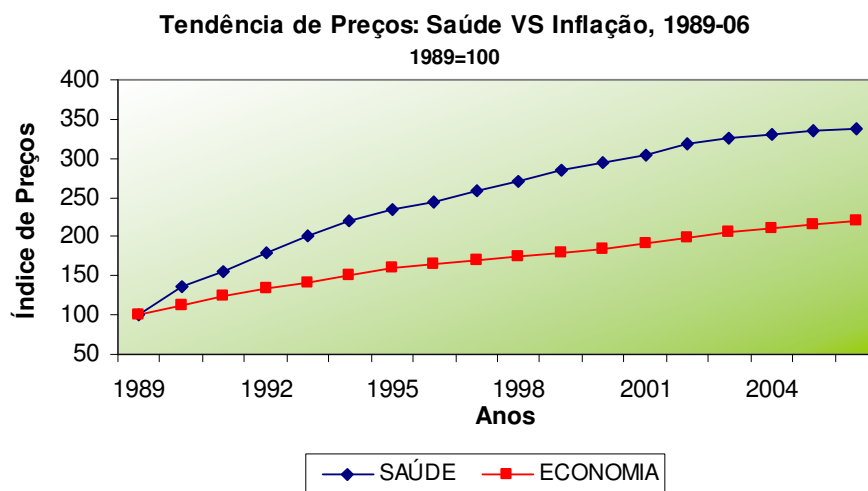


Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

O outro factor “residual”, e a título de fecho desta secção, refere-se à inflação real de preços no sector da saúde. Podemos referir que de 1989 a 2006 a taxa anual de aumento do preço dos serviços

médicos foi superior a 7,7% por ano, comparado com o aumento anual de 4,8% na taxa de inflação, Índice de Preços ao Consumidor (IPC) – ver *Figura 8*. Por outras palavras, tomando o período de 1989 a 2006 como exemplificativo, notamos que o preço dos serviços médicos aumentou aproximadamente 238% em termos absolutos enquanto os preços na economia portuguesa no geral aumentaram 121%. Estes dois últimos pontos servem de premissa para a discussão subsequente respeitante à “Doença de Baumol” – preços relativos crescentes nos sectores da saúde devido ao intensivo uso de tecnologia e ausência de dispensa do factor trabalho.

Figura 8



Fonte: OCDE Health Data 2008, Banco de Portugal, Eurostat e cálculos dos autores

Podemos verificar que há variações significativas entre os países, o que pode, em parte, ser o reflexo de decisões políticas relativas aos níveis de despesas apropriadas, aos diversos financiamentos e estruturas organizacionais dos sistemas de saúde, e o valor perceptível das despesas adicionais de saúde face a outros bens e serviços. Os progressos tecnológicos da capacidade da medicina em prevenir, diagnosticar e tratar as condições sanitárias, constituem o principal factor na orientação do crescimento dos gastos em saúde. Vários factores afectam o desenvolvimento e a difusão de novas tecnologias médicas e de novos medicamentos, incluindo-se o processo de tomada de decisão sobre o modo de financiamento de novos equipamentos, tratamentos ou medicamentos. Dado que não se põe a hipótese de conter custos reduzindo a qualidade dos cuidados médicos proporcionados pelo sector público abaixo de um determinado nível devido a questões de ética e responsabilidade, os dois caminhos restantes são aumentar a eficiência ou incrementar o financiamento e provisão pelo sector privado. Aumentar a eficiência é sempre fácil de dizer mas complicado de concretizar, deixando apenas a alternativa de o sector privado aumentar a sua quota de financiamento.⁷ As chamadas políticas de contenção dos gastos com a saúde dirigem-se sobretudo aos gastos públicos (e não totais), com o objectivo de estabilizar o seu crescimento face ao da economia. O problema coloca-se, ao nível teórico, em termos de decidir qual o montante adequado que cada governo deve, e pode, gastar com a saúde (Carrin e Hanvoravongchai, 2003), sabendo que em Portugal, a maior parte do sistema de saúde é de modelo público.⁸

⁷ Para o leitor interessado, uma modelação económica adequada, baseada no poder de votação para determinar a dimensão do sector público *versus* privado, deve-se a Miguel Gouveia in *Majority Rule and the Public Provision of a Public Good*, Public Choice (1997) e in *The Public Sector and Health Care*, International Tax and Public Finance (1996).

⁸ O Programa do Governo de Sócrates apresenta como uma das prioridades políticas a sustentabilidade financeira do SNS e o aperfeiçoamento da gestão do sector. Esta exigência requer orientações políticas focadas na melhoria do binómio custo-eficácia, ao nível microeconómico.

3. A DOENÇA DE BAUMOL

O grande dilema económico que Baumol e Bowen se referiram inicialmente em 1966, relacionava-se com o financiamento das artes em face do crescimento constante dos seus custos unitários, a que eles designaram de “desfasamento de produtividade”. A pressão resultante ao nível de custos passou a ser conhecida como “Doença de Baumol”.

Um dos factos avançados posteriormente por Baumol (1993) é que existe uma tendência para os preços relativos do sector da saúde aumentarem indefinidamente e o *output* do mesmo reduzir-se ao longo do tempo. A “Doença de Baumol” sugere que os preços dos “sectores estagnados”, sectores intensivos em trabalho como a saúde, aumentam os seus preços relativos, face aos sectores intensivos em capital, se estes últimos experimentarem aumentos sustentados da eficiência do factor trabalho. No caso específico da saúde temos, por exemplo, que o número de injeções que um enfermeiro pode dar ou o número de pacientes que um médico de clínica geral pode ver são os mesmos hoje e há cinquenta anos atrás.

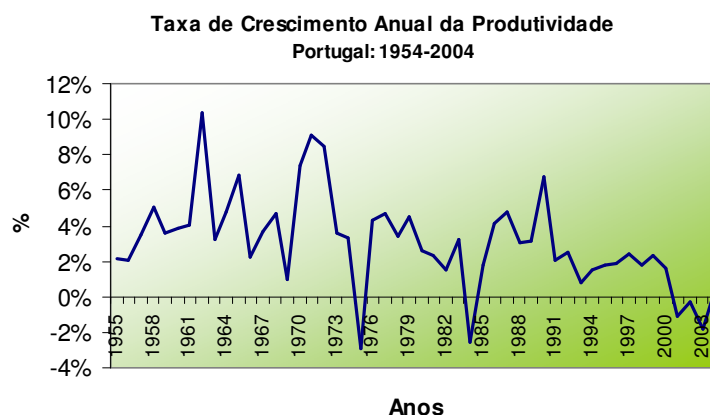
Se a elasticidade de substituição entre o consumo de cuidados de saúde e o consumo de outros bens é relativamente baixa, haverá uma tendência para que o peso no orçamento deste sector da saúde se aproprie de uma proporção crescente do rendimento nacional.

Os “sectores progressivos”, intensivos em capital, experimentam sucessivos e cumulativos decréscimos nos coeficientes do *input* trabalho, enquanto os “sectores estagnados” acompanham com coeficientes de input de trabalho constantes. Existindo mobilidade de trabalho entre os sectores, os salários nos “sectores estagnados” não podem situar-se atrás dos salários dos “sectores progressivos”. Sendo assim, os preços dos “sectores estagnados” têm de aumentar relativamente aos preços nos “sectores progressivos”.

Os aumentos na produtividade ao longo do tempo podem ocorrer por diferentes razões: 1) aumento do capital por trabalhador, 2) melhor tecnologia, 3) aumento das qualificações dos trabalhadores, 4) melhor gestão e 5) economias de escala. Como esta lista sugere, aumentos na produtividade são mais facilmente atingidos em indústrias que utilizam muita maquinaria e equipamento. Em relação aos cuidados médicos, máquinas, equipamentos e tecnologia apenas servem um papel pequeno no processo produtivo (ver *Tabela 1* e *Figura 7*), o que não significa que os elementos referidos estejam completamente ausentes.

Isto também não significa que a taxa de crescimento da produtividade do trabalho tenha sido sempre zero neste sector. Pelo contrário, em quase todos os casos houve um aumento da produtividade destes serviços ao longo do tempo, apesar de inferior ao aumento de produtividade da economia como um todo. Há pelo menos duas razões que explicam a ausência de crescimento da produtividade rápido e persistente no sector da saúde. Primeiro, alguns deles são inerentemente resistentes à estandardização. Segundo, é o facto de que a qualidade está indissociavelmente associada com a quantidade de trabalho usado na produção (ver *Figura 9*).

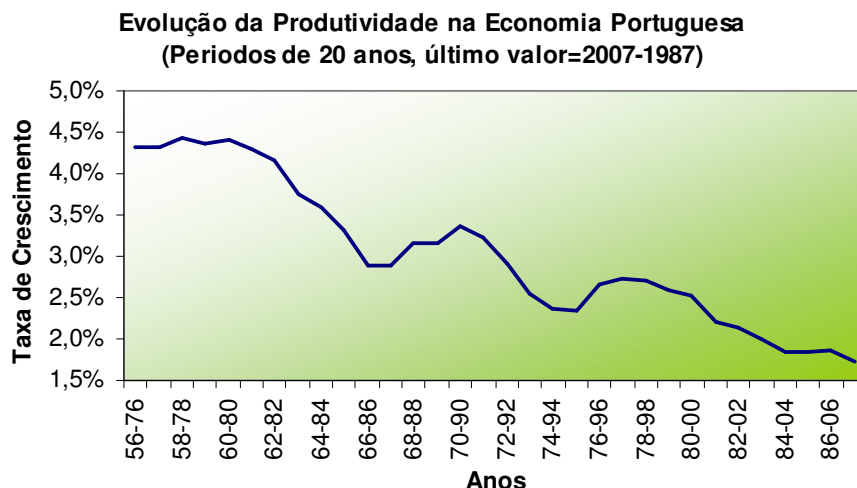
Figura 9



Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

Em Portugal temos assistido a uma queda da taxa de crescimento da produtividade global de economia desde meados dos anos 50, analisando a mesma em períodos de 20 em 20 anos, i.e., por exemplo, o valor da taxa de crescimento da produtividade (em termos de produto por elemento da população activa) de 1984 até 2004 é de aproximadamente 2% (ver *Figura 10*).

Figura 10



Fonte: OCDE Health Data 2008 e cálculos dos autores

Considerando um exemplo ilustrativo, em 2004, Portugal gastou 10% do Produto Interno Bruto em Despesas de Saúde (OCDE). Partindo da hipótese que o crescimento médio da produtividade por elemento da população activa permanece igual à média entre 1984 e 2004, a qual é de aproximadamente 1,8% (baseado em cálculos dos autores), e que o crescimento da produtividade por activo na saúde é zero, então temos que os preços relativos dos cuidados médicos irão aumentar cerca de 43% ($1,018^{20}=1,429$) nos próximos 20 anos.

Se assumirmos uma elasticidade rendimento unitária (a procura de cuidados médicos aumenta em 1% quando o rendimento cresce em 1%), então teremos que será razoável esperar que, por volta de do ano 2024, a despesa em cuidados médicos seja 14,3% ($10 \times 1,429$) do PIB.

Para estes cálculos simples, tivemos como hipóteses chave 1) a manutenção da taxa de produtividade média da economia (no entanto, há evidência para que esta desça com o decorrer do tempo, recorde-se da *Figura 10*); 2) a elasticidade rendimento ser unitária; 3) o aumento da procura induzido pela melhoria da qualidade compensa a queda da procura devida ao aumento dos preços (utilizando, por exemplo, a esperança média de vida como indicador de evolução da qualidade, a qual teve um crescimento médio anual de 0,35% entre 1980 e 2002, será necessário ver quanto é que a população estaria disposta a pagar por este incremento e comparar com o aumento da procura); e, finalmente, 4) acréscimos na produtividade da Saúde ser igual a zero.

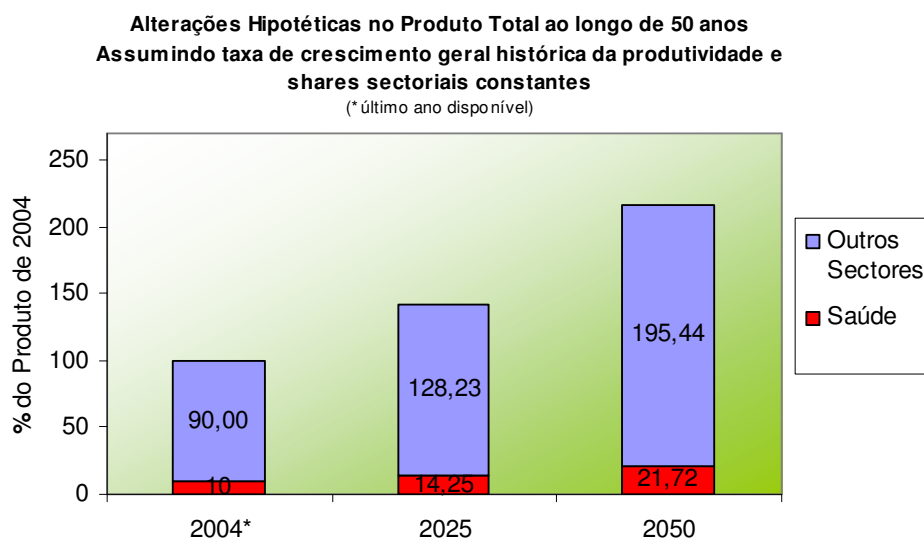
As dificuldades existentes em tratar o problema dos custos crescentes com cuidados de saúde parecem ter muitas raízes nos países industrializados. No entanto, a evidência apresentada indica que uma parte substancial deste problema reside na “Doença de Baumol”.

Como foi assinalado por David Bradford (1969), numa economia na qual a produtividade está a crescer em quase todos os sectores e a cair em nenhum, significa que os consumidores podem ter mais de todos os bens. Para atingir este objectivo, uma quantidade limitada de *inputs* usados para produzir bens cuja produtividade está a crescer relativamente depressa (os “sectores progressivos”) apenas necessita de ser transferida para a produção dos “sectores estagnados”. Consequentemente, o crescimento da produtividade vai permitir a expansão da quantidade de *output* dos “sectores progressivos”, apesar do declínio do seu nível de *inputs*, enquanto os *outputs* dos “sectores estagnados” vão crescer dado que têm mais *inputs* afectos à sua produção. Para atingir esta situação a sociedade tem de alterar as proporções de rendimento atribuída aos diferentes produtos.

Para ilustrar este ponto, podemos sugerir as magnitudes que podem estar envolvidas usando dados portugueses actuais relativos à tendência de preços e a despesas na saúde. Vamos agora ver o que aconteceria se os preços reais no sector da saúde continuassem a crescer à sua taxa corrente nos próximos 50 anos, se a produtividade portuguesa crescesse ao nível médio de aproximadamente 2% (valor de referência dos últimos 20 anos) e se o output real em saúde mantivesse o seu peso actual no PIB – i.e., se a economia fosse capaz de produzir mais saúde e tudo o resto, mantendo completamente constantes os seus produtos relativos. Estes números não pretendem constituir uma previsão mas sim funcionar como uma indicação do que a economia será capaz de atingir, se a tendência histórica de produtividade e de preço continuarem.

Nas *Figuras 11, 12 e 13*, a primeira barra do lado esquerdo mostra o peso no PIB de 2004 constituído pela saúde e restantes sectores. Mostra que a saúde representa 10% do total. Na *Figura 11* as barras no lado direito mostram o que acontecerá, se o número de horas de trabalho em Portugal continuarem constantes, mas a produtividade na economia crescer à sua taxa histórica média e o nível de *output* da indústria (saúde e outros sectores) se ajustar para manter o seu peso no produto total. É visível que nesse período o output de cada bem e serviço, incluindo a saúde, pode aumentar para mais de 2,5 vezes a sua magnitude face ao ano de 2004. Este crescimento é indicado pela altura relativa do segmento correspondente das barras na *Figura 15* – para os anos de 2025 e 2050, respectivamente.

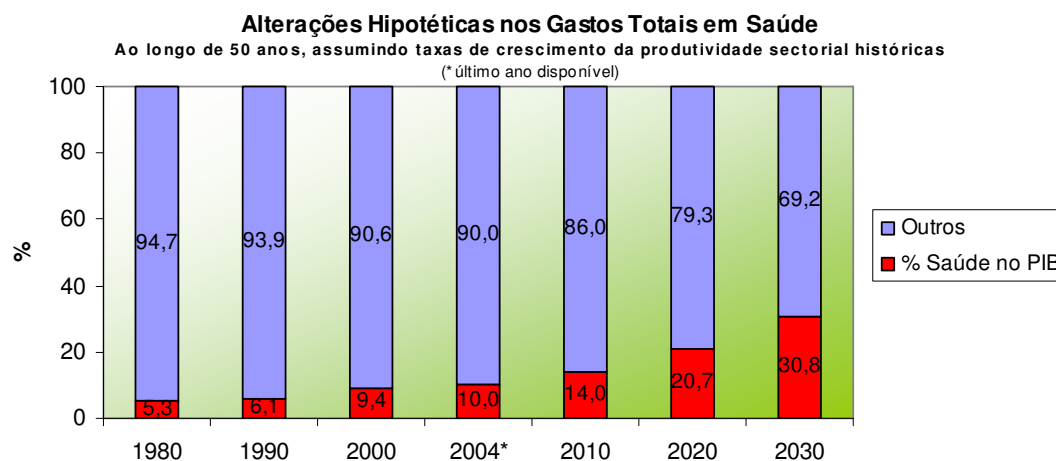
Figura 11



Fonte: Cálculos dos autores

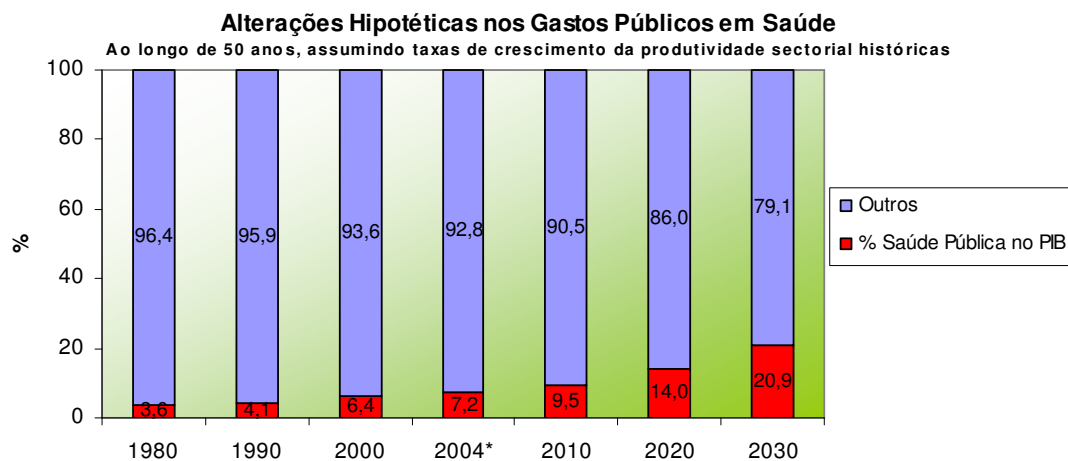
As *Figuras 12 e 13* por outro lado, são as que são cruciais na nossa análise, pois mostram a modificação da fracção de despesa real necessária para atingir este resultado, com efeito, medindo os gastos pelo número de horas relativas de trabalho necessárias para ganhar o suficiente para realizar o consumo. A nossa hipótese que o número de horas totais de trabalho não muda, significa que a despesa total no PIB, medida em termos de horas de trabalho usadas, tem obrigatoriamente também de ser constante. Assim, as barras correspondentes a 1980 até 2030, representando a despesa total no PIB (trabalho-hora) nesses 5 anos, têm de ser exactamente iguais em altura. No entanto, note-se que as proporções da despesa alteraram-se drasticamente. A fracção da saúde em vez de constituir os 5,3% do total, como era em 1980, tem de aumentar para mais de 30% do total em 2030 (e mais de 20% para o caso da despesa pública em saúde – *Figura 13*).

Figura 12



Fonte: Cálculos dos autores

Figura 13



Fonte: Cálculos dos autores

4. PRODUTIVIDADE: DEFINIÇÕES ALTERNATIVAS, ERROS DE MEDIÇÃO E CONTROVÉRSIA

O presente artigo evidencia o problema dos custos crescentes com o sector da saúde. Como já foi referido, estes custos crescentes derivam do facto dos salários dos profissionais neste sector crescerem de acordo com o valor da produtividade global da economia que é maior que os valores de produtividade na saúde. Nesta Secção vamos expor e desenvolver os vários problemas da medição da produtividade em saúde e de que forma é que visões alternativas da sua evolução contribuiriam para uma análise diferente da feita.

Anita Wölfl (2004) diz que um crescimento da produtividade baixo ou mesmo negativo no sector dos serviços, em especial na saúde, pode dever-se a problemas na sua medição que levam a uma subestimação do seu valor. São apresentadas três áreas principais que causam este facto. Neste trabalho, fazemos uma adaptação deste conjunto de áreas para o sector da saúde. As áreas são as seguintes:

1. Diferentes definições, diferentes modos de colecção de dados e diferentes metodologias de processamento nas estimações do emprego e horas de trabalho;
2. Dificuldades no isolamento do efeito preço que é devido à qualidade do efeito puro da mudança do preço;
3. Dificuldades na estimação do valor adicionado da produtividade dos serviços, em especial da saúde, na produtividade agregada.

Quanto ao primeiro ponto importa referir que a produtividade medida como valor acrescentado por pessoa empregada na saúde e medida por hora trabalhada neste sector obtém valores diferentes quando comparados com os mesmos obtidos para outros sectores da economia. Na generalidade dos países, a diferença absoluta entre o crescimento da produtividade no sector manufactureiro e no sector dos serviços é maior se o crescimento da produtividade é medido por pessoa empregada do que por hora trabalhada.

Para além disso o sector da saúde apresenta dificuldades acrescidas devido à vasta variedade de serviços específicos prestados. Enquanto serviços relacionados com consultas médicas apresentam taxas de crescimento de produtividade claramente nulas ou mesmo negativas, há outras áreas com comportamentos diferentes. Cutler e McClellan (2005) apresentam recentes estudos baseados em doenças específicas que têm fornecido um novo tipo de evidência no aumento da produtividade no sector da prestação de alguns cuidados médicos. No caso das cataratas e depressões, o crescimento da produtividade parece ter ocorrido como resultado de uma diminuição nos custos de tratamento por caso. No caso de outras doenças, como o cancro da mama, a intensidade do tratamento aumentou significativamente levando a um aumento nos custos por caso mas os melhoramentos dos resultados evidenciam que a produtividade não decresceu.

Quanto ao segundo ponto é importante notar a maior dificuldade para os serviços como a saúde em identificar claramente o *output* e dividi-lo nas duas componentes de volume e preço. Nos serviços de saúde a maior parte dos países da OCDE utiliza informação somente do input trabalho como único indicador disponível para derivar valor acrescentado a preços constantes. Esta análise baseada em inputs não consegue extrair mudanças na quantidade e qualidade do *output* e basicamente assume crescimento de produtividade nulo.

No último ponto, o problema surge como mais complexo. Supondo um valor de crescimento de produtividade baixo ou nulo na saúde está-se a falar do sector da saúde isolado dos outros, assumindo que o output deste não tem qualquer correlação com o funcionamento dos outros sectores.

A abordagem deste ponto vai-se basear na análise da contribuição adicionada pela saúde à produtividade em geral. Ou seja, vai consistir em analisar, em termos mais gerais, se estes custos crescentes e a crescente pressão em termos de orçamento público são de facto prejudiciais para economia em termos agregados. Para Bloom e Canning (2005) a Saúde é uma importante forma de capital humano. Aumenta a produtividade dos trabalhadores no geral aumentando as suas capacidades físicas, como a força e resistência, assim como as suas capacidades mentais, como o funcionamento cognitivo e a habilidade de raciocínio. Espera-se então observar uma relação positiva entre saúde e produtividade para qualquer tipo de trabalhador, havendo razões plausíveis para afirmar que melhoramentos na saúde influenciem a forma como o rendimento cresce via, não só este efeito, mas também efeitos na taxa de participação, nível de capital humano, fertilidade e estrutura etária da população. Os autores apresentam, portanto, uma visão alternativa à tese seminal apresentada por Baumol em 1966.

5. CONCLUSÃO

Os sectores a que chamámos de estagnados parecem ter dificuldades em atingir um crescimento persistente da sua produtividade. Na saúde em concreto, grandes avanços em termos de qualidade existiram de facto nas últimas décadas, mas o número de médicos necessários para tratar doentes, se diminuiu, foi apenas marginalmente. Dado que os custos nos “sectores estagnados” estão condenados a subir, persistente e cumulativamente, com maior rapidez que o crescimento da inflação na economia, a consequência é que a oferta destes serviços tenderá a diminuir em quantidade e qualidade. A universalidade e persistência do problema – o facto de que isto dura há pelo menos quarenta anos – indicam que está além de assuntos administrativos ou institucionais particulares presentes em Portugal ou noutro país individualmente.

Porém, este resultado não necessita de sobreviver num equilíbrio geral. Teoricamente, se a substituição de factores é difícil e os “sectores progressivos” utilizam muito trabalho, então o rácio salário-rendimento tem de cair, em vez de aumentar. Os preços relativos dos “sectores estagnados” então caem e este expande-se de forma a absorver o trabalho que foi libertado pelos “sectores progressivos”.

Uma observação importante é que a “Doença de Baumol” tem implicações importantes em alterações estruturais da economia e no crescimento. Baumol, Blackman e Wolfl (1985) sugerem que, com a mudança de recursos para os sectores onde a produtividade cresce a taxas mais lentas, a produtividade agregada da economia também crescerá a uma taxa inferior, abrandando em consequência.

Concluimos asicionalmente que alguns problemas na medição da produtividade no sector da saúde poderiam permitir uma análise diferente daquela efectuada. Em primeiro lugar que a medição do crescimento da produtividade e da própria produtividade tem problemas na saúde que não permitem chegar a um valor totalmente correcto como seria desejável⁹. Em segundo lugar verifica-se que a crescente despesa em saúde vai sustentar um crescimento da produtividade em geral na economia e que por isso toma uma importância extrema em termos de crescimento.

Em suma, se a questão for “Será possível reduzir a despesa pública em saúde e aliviar o Orçamento de Estado?”, a resposta é claramente “Sim” – numa óptica de curto prazo. Basta para tal transferir pelouros, gestão e responsabilidades para entidades privadas (refira-se a Parcerias Público-Privadas e Entidades Públicas Empresariais), ou para instituições e redes socais, como sejam os protocolos de cooperação assinados em final de 2006 entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, entre outros. Já se a questão, e a nosso ver aquela realmente importante, for “Será possível reduzir a despesa total em saúde e o seu peso no rendimento nacional das economias?”, então estamos perante a pergunta de um milhão de dólares, para a qual não existe solução fácil e imediata e, consequentemente, mais investigação original será necessária e bem vinda. A solução passará, certamente, por um conjunto de “inovações radicais” e alterações estruturais no funcionamento do sector da saúde, assim como na sua interligação e relações de complementaridade com os demais sectores da sociedade.

⁹ Apesar de não se chegar ao “valor desejável”, isto não invalida quaisquer implicações da Doença de Baumol.

BIBLIOGRAFIA

- BARROS, Pedro P. [2000], *A Economia dos Serviços de Saúde: Sector Público e Sector Privado na Prestação*, Apresentado no I Curso de Gestão de Serviços de Saúde na Faculdade de Ciências Médicas da UNL.
- BARROS, Pedro P.[s.d.], *As Políticas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996* (policopiado).
- BARROS, Pedro P. [1999], *Os sistemas privados de saúde e a reforma do sistema de saúde*.
- BARROS, Pedro P. [2005], *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*, Almedina.
- BAUMOL, William. e BOWEN, William. [1966], *Performing arts: The economic dilemma*, Cambridge, MA: MIT Press.
- BAUMOL, William. [1993], *Social Wants and Dismal Science: The Curious Case of the Climbing Costs of Health and Teaching*, Proceedings of the American Philosophical Society.
- BAUMOL, William., KRUEGER, Alan. [2001], *An Interview with William Baumol*, Journal of Economic Perspectives, Vol.15 No.3.
- BLOOM, David E., CANNING, David [2005], *Schooling, Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence*, Harvard School of Public Health.
- BURGESS, James F. [2006], *Productivity Analysis in Health Care*. in *The Elgar Companion to Health Economics*, ed. Andrew M. Jones, Edward Elgar, Cheltenham.
- CARRIN, G. HANVORAVONGCHAI, P. [2003], *Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries?*, Human Resources for Health Vol. 1:6.
- CUTLER, David M. e MCCLELLAN, Mark [2001], *Productivity Change in Health Care*, American Economic Review, Vol. 91, No.2.
- Gouveia, Miguel [1996], *The Public Sector and Health Care*, International Tax and Public Finance, Vol. 3 (3).
- _____ [1997], *Majority Rule and the Public Provision of a Public Good*, Public Choice Vol. 93 (3/4).
- HEILBRUN, James [2005], *Chapter 11- Baumol's cost disease*, A Handbook of Cultural Economics.
- HUTON, Alan [1999], *Baumol's Cost Disease: The Arts and Other Victims*, Economic Journal, Vol. 109, No.459.
- LUCENA, D., GOUVEIA, M. e BARROS, P. [1995], *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*, Ministério da Saúde.
- MUYSKEN, Joan, YETKINER, I. Hakan, e ZIESEMER [1999], Thomas, *Health, Labour Productivity and Growth*, University of Groningen, CCSO Centre for Economic Research Working Paper 200015
- NEWHOUSE, J.P. [1992], *Medical care costs: how much welfare loss?*, Journal of Economic Perspectives, Vol. 6, pp. 3-21.
- OCDE [2006], *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers?*, Working Paper No.477.
- OCDE Health Data Program 2008, released on the 26th of June 2008.
- VAN DER PLOEG, Frederick [2005], *Growth and Strutural Change - Baumol's cost disease revisited*, EUI, Florence, University of Amsterdam, CEPR and CESifo
- WEIL, David N. [2005], *Accounting for the Effect of Health on Economic Growth*, NBER Working Paper 11455.
- WOLFL, Anita [2004], *Productivity Growth in Services Industries: Is There a Role for Measurement?*, International Productivity Monitor, Vol. 8, pp. 66-80.

Outros

www.ocde.org
<http://europa.eu.int/comm/eurostat/>
www.bportugal.pt
www.dgsaude.pt/
www.wto.org/
www.eurotrials.com/
www.portugal.gov.pt/Portal/PT
<http://docentes.fe.unl.pt/~ppbarros>